

Психология пожилых больных с хронической ишемией головного мозга

Без знания внутреннего мира пожилых людей невозможно рационально выстроить стратегию и тактику нужной им медицинской помощи. В особенности это касается лиц, страдающих хронической ишемией мозга (ХИМ) и у которых, в силу заболевания, меняется отношение к окружающей действительности. Несмотря на развитую в последние годы службу психотерапевтической помощи, ключевым звеном в процессе как лечебного воздействия, так и общения с больным и его родственниками остаются лечащий врач и медицинская сестра. Поэтому, делая попытку обобщения наших наблюдений за пожилыми людьми, лечущимися в специализированном гериатрическом стационаре, мы попытаемся наметить желательную тактику общения врача общей практики с больными при их ежедневном наблюдении и при проведении консультаций.

Для адекватной оценки влияния преморбидных особенностей личности на течение и исходы болезни, а также для успешного воздействия на само заболевание при уже сформированных патологических чертах характера врачу необходимо знать не только закономерности течения и развития патологии, но и личностных реакций пациента на нее. Эти психологические, психопатологические особенности пожилых и престарелых лиц, попадающих в изолированные коллективы, которыми являются стационары, особенно заметны в случаях соблюдения так называемой возрастной аналогии, то есть при подборе пациентов отделений, палат по возрастному критерию.

Для правильного анализа ситуации необходимо помнить об изменениях структуры личности при старении. Эти изменения характеризуются падением активности, снижением эмоционального резонанса, нарастанием упрямства и ригидности [4; 8; 10; 12]. Происходит интравертивный поворот: от событий внешнего мира человек переключается на свой внутренний мир, происходит концентрация интересов вокруг собственного «Я». Появляющиеся соматические расстройства, неприятные ощущения в теле отвлекают от внешнего мира, усиливают интравертированность. Это зачастую делает старого человека более тревожным и ипохондричным. Тревоги, опасения, страхи нередко преувеличены. Повышается чувствительность к различным стресс-факторам: так, даже незначительные физические и психические раздражители могут привести к возникновению или прогрессированию не только психических, но и соматических заболеваний [2; 4; 6; 7; 10].

Прежде всего, врачу необходимо определить *адекватность* субъективной оценки больным своего соматического страдания, а также отграничить психологические личностные реакции от патологических. Первые должны рассматриваться как адекватные ситуационные реакции даже в тех случаях, когда прослеживаются пессимистические переживания с некоторой тревожностью, раздражительностью, суетливостью. У пожилого человека, да еще к тому же страдающего ХИМ, адекватность субъективного отражения болезни обладает весьма широким диапазоном, в особенности при различной степени осознанности своей болезни и дальнейших перспектив лечения [2; 6; 7; 9]. Многие старики чаще реагируют тревогой, страхом, депрессией на возникающие заболевания, изменения и трудности жизни. Возможно появление переживаний, вызванных постепенным ослаблением физических и психических

функций [6]. Описывают различные формы реагирования пожилых людей в связи со старением при неблагоприятных жизненных обстоятельствах [6; 7; 9]:

1. Принятие установки на изоляцию, не всегда вытекающую из внутренней потребности и стремления к одиночеству;
2. Гиперкомпенсированное подчеркивание своих возможностей и чрезмерной активности, имеющее целью сохранение прежнего статуса в жизни;
3. Реакция отрицания старения, проявляющаяся в намерении «жизненной задолженности», в стремлении достичь того, чего не удалось добиться в предшествующие годы;
4. Реакция протеста против молодого поколения, критика молодежи, нетерпимость ко всему новому;
5. Установка извлечения выгоды из факта старости, например, бегство от ответственности, от принятия решений;
6. Депрессивная реакция на фоне мыслей о жизненном поражении, ошибках прошлого.

Интересным представляется тот факт, что описание вышеперечисленных форм реагирования пожилых лиц на окружающий мир во многом сопоставимо с описанием клинико-патопсихологических проявлений ХИМ [4; 8].

У пожилых и престарелых пациентов нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные настроения [2; 7; 8; 9]. Они начинают все больше внимания уделять своим ощущениям, чрезмерно проявляя заботу о собственном здоровье. Отношение больных старческого возраста к своим заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой. По данным зарубежных исследователей [10], адекватное отношение к собственным соматическим заболеваниям отмечается у 50% пожилых, у 25 наблюдается их недооценка, а у 25% – переоценка соматического недуга. Приведенные цифры очень близки к аналогичным показателям, приводимым для общей популяции.

Согласно нашим наблюдениям, об абсолютно адекватном отношении пожилых и престарелых пациентов к своему заболеванию можно говорить лишь в 8-17% случаев [4]. Субъективная недооценка своего недуга отмечена в 8% случаев. У значительного числа больных имеет место явная переоценка тяжести своего состояния и перспектив развития заболевания. Мы склонны предполагать, что такое отношение к болезни зависит не только от имеющихся психических расстройств, связанных с «привычной» для психоневрологических стационаров патологией головного мозга, но и от возрастных особенностей психического реагирования, а также от неблагоприятного социального фона [1; 4].

Почти всегда в организме пожилого человека одновременно сосуществует несколько заболеваний [4], которые, взаимно дополняя и отягощая друг друга, придают соматическим и психическим страданиям более негативную окраску, а также, в зависимости от личностных качеств больного, усиливают и ярче выделяют некоторые, не всегда лучшие, черты его характера. Разумеется, также часто у пожилых и престарелых пациентов течение их соматического страдания отягощается проявлениями неуклонно прогрессирующей ХИМ [4; 8].

В условиях гериатрического стационара для пожилого человека наиболее психологически значимыми факторами, затрудняющими его адаптацию, а, следовательно, и лечение, можно считать следующие: а) временный выход из семейного образа жизни, из привычной обстановки; б) необходимость уста-

новления отношений с лечащим персоналом; в) проявления негативного принципа взаимоиндукции; г) ограничение свободы; д) необходимость медикаментозного лечения; е) осознание близости окончания жизненного пути.

Мощным психологически значимым фактором в формировании отношения пациента гериатрического стационара к своему соматическому страданию, а также к окружающей его действительности, является его социальный статус и профессия, уровень жизни и притязаний до выхода на пенсию. Известно, что люди, продолжающие активно трудиться либо имеющие достаточно высокий интеллектуальный потенциал, менее склонны к патологическим чертам реагирования на свою соматическую болезнь [3; 4]. Они в основном адекватно относятся к своим проблемам, активно взаимодействуют с врачом в ходе лечения и обследования, но вместе с этим порой повышено требовательны, капризны, многократно проверяют профессиональный и интеллектуальный уровень врача. Наоборот, лица низкого социального статуса, имеющие минимальное образование, более реагируют на манеру врача говорить, пошутить, а иногда и просто приказать.

Моральная и материальная зависимость пожилых зачастую приводит их на больничную койку не столько для того, чтобы попытаться вернуть утраченное здоровье, но и для того, чтобы получить определенные льготы, сэкономить пенсию, получить бесплатный стол и уход. Не только люди социально неадаптированные, но и просто одинокие пенсионеры пользуются этим достаточно часто.

Лица с ипохондрическими, а порой и с истерическими чертами характера в этих ситуациях придумывают себе все новые и новые болезни, предъявляют массу разнообразных жалоб, всячески оттягивают срок выписки, а иногда даже специально не принимают назначенное лечение для того, чтобы усугубить клинику имеющегося соматического страдания. Они часто агрессивны, склонны, недовольны лечением, уходом, плаксивы, склонны к аффективным вспышкам. В этих условиях становится особенно важным индивидуальный подход к больному, учитывающий не только особенности его заболевания, но и социально-психологические аспекты его личности, проблемы жизненной ситуации. Необходимым компонентом общения в данной ситуации становятся длительные собеседования, позиция сострадания и поддержки, принятие личностных, характерологических особенностей собеседника без активного вмешательства и с очень тактичной коррекцией его, порой не вполне адекватного, поведения [5]. Также важно не выделять отдельного больного из общей массы. Несоблюдение этой рекомендации способствует нарастанию негативизма по отношению к лечащему врачу, снижению эффекта лечения и нарастанию напряженности в отношениях между больными в пределах одной палаты как изолированного коллектива [3].

Изучение психологических особенностей пациентов гериатрической клиники и учет данных особенностей в процессе диагностики и лечения их многочисленных заболеваний имеет не меньшее значение, чем изучение анамнеза и клинических вариантов патологии. Невозможно, не учитывая личностные изменения при ХИМ, усугубляющиеся проявлениями соматической патологии, лечить пожилого пациента только медикаментозно. Лишь сочетанное воздействие на соматическое и психологическое определяет успех лечения пожилых больных.

Библиографический список

1. Введенская Е.С., Толченев Б.А., Введенская И.И. Своеобразие социальной адаптации лиц старшей возрастной группы // Геронтология и гериатрия, послевоенная медицина: Мат. межобластной научно-практической конференции. Екатеринбург, 1998.
2. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л., 1980.
3. Лецинский Л.А. Деонтология в практике терапевта. М., 1989.
4. Мякотных В.С., Боровкова Т.А., Баталов А.А. Психологические особенности пациентов гериатрического стационара // Успехи геронтологии: Сб. 1999.
5. Семеновских С.В. Особенности психотерапии в условиях гериатрического стационара // Геронтология и гериатрия, послевоенная медицина: Мат. межобластной научно-практической конференции. Екатеринбург, 1999.
6. Сергеев И.И. Психогенное патологическое развитие личности в позднем возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии. 1986. № 11.
7. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., 1984.
8. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Журнал невропатологии и психиатрии. 1985. № 9.
9. Эльштейн Н.В. Общемедицинские проблемы терапевтической практики. Таллин, 1983.
10. Oxford Textbook of Geriatric Medicine / Ed. J.G. Evans a. T.F. Williams. Oxford - New-York - Tokyo: Oxford University Press, 1992.

С.С. Войлова, Т.А. Катцина (Красноярск)

Реабилитация участников боевых действий (на примере г. Ачинска)

Целью данной статьи является освещение реабилитационной работы, осуществляемой в муниципальном учреждении «Медико-социальной реабилитации инвалидов и военнослужащих» г. Ачинска Красноярского края. Речь пойдет преимущественно о психосоциальном аспекте реабилитации применительно к участникам боевых действий.

Психосоциальная реабилитация направлена на преодоление отрицательных реакций со стороны психики у людей, возникающих не только в связи с инвалидностью или болезнью, но и под влиянием психотравмирующих стрессовых ситуаций. Определенное место среди психотравмирующих факторов занимают локальные вооруженные конфликты. Их участники подвергаются так называемому «запороговому», по степени интенсивности, воздействию факторов экстремальной обстановки. Последствием этого становятся психические и психосоматические нарушения, которые оказывают влияние на психологический, психофизиологический, социальный уровни функционирования человека, приводят к выраженным характерологическим изменениям личности. Показательно, что в обыденной жизни применительно к участникам локальных вооруженных конфликтов зачастую употребляется выражение «человек с большой психикой». Посттравматические стрессовые нарушения способствуют формированию особых жизненных сценариев человека и могут оказать влияние на его дальнейшую жизнь.

Конечной целью любых реабилитационных программ является восстановление личностного и социального статуса больного (инвалида). Достижению этой цели подчинена работа ачинского муниципального учреждения «Медико-социальной реабилитации инвалидов и военнослужащих», функ-